



Application

06 - 2015

Por favor escriba en imprenta

Apellido:		Primer nombre:		Inicial segundo nombre:		Apellido de Soltera:			
Dirección:				Teléfono:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Dirección de correo electrónico:			
Dirección de correo (si es diferente):				Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:			
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Es usted: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
						Es usted hispano o latino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Es usted (escoja uno o más): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro- Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de las islas pacificas o de Hawái		Marque la casilla de cualquier beneficio en efectivo que recibe y entre la cantidad recibida por mes: <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social por incapacidad (SSDI) _____ <input type="checkbox"/> Ingreso complementario de seguridad (SSI) _____				<input type="checkbox"/> TANF _____ <input type="checkbox"/> Beneficio de incapacidad para veteranos _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral _____ <input type="checkbox"/> Cualquier otro apoyo _____			
¿Tiene seguro médico/de salud? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro público de otra Fuente (indemnización laboral, programa de seguro de salud de los niños, etc.) <input type="checkbox"/> Seguro privado a través de su empleador <input type="checkbox"/> No es elegible para seguro privado a través de su empleador actual pero lo estará más tarde <input type="checkbox"/> Seguro privado a través de otros medios (Affordable Health Care Act o seguro de los padres) <input type="checkbox"/> Ninguno				¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * *Si yo no soy ciudadano de los Estados Unidos, estoy de acuerdo por medio de la firma de esta solicitud a proporcionar una copia de mi documentación de USCIS cuando la soliciten. Mi número de extranjería es: _____					
¿Cuál es su nivel más alto de educación? <input type="checkbox"/> No educación formal <input type="checkbox"/> Educación primaria (1-8) <input type="checkbox"/> No diploma de bachillerato ni GED (9-12) <input type="checkbox"/> Certificado/diploma de terminación de educación especial <input type="checkbox"/> Grado de bachillerato o GED <input type="checkbox"/> Educación post-secundaria, ningún grado ni certificación <input type="checkbox"/> Grado/técnico de educación post-secundaria				<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Cualquier otro título superior a la maestría <input type="checkbox"/> Credencial ocupacional más allá de los estudios en la universidad <input type="checkbox"/> Credencial ocupacional más allá de graduación <input type="checkbox"/> VoCertificado o licencia vocacional/técnica (por ej. CNA, Aprendizaje, etc.)				Si usted es un estudiante de bachillerato, por favor marque si tiene la una o la otra: <input type="checkbox"/> Plan 504 ó <input type="checkbox"/> IEP (Plan individualizado de educación)	
¿Cuál es su situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Residencia privada <input type="checkbox"/> Comunidad residencial/Hogar colectivo				<input type="checkbox"/> Instalación de rehabilitación <input type="checkbox"/> Instalación de salud mental <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos		<input type="checkbox"/> Instalación correccional para adultos <input type="checkbox"/> Centro de reinserción <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancia			
¿Cuál es su principal Fuente de apoyo económico (salario/ingreso) al momento de la solicitud? <input type="checkbox"/> Ingreso personal <input type="checkbox"/> Apoyo público <input type="checkbox"/> Familia o amigos <input type="checkbox"/> Todas las otras fuentes				¿Cuál es su presente estado de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> No empleado: todos los otros estudiantes <input type="checkbox"/> Empleado con apoyo <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin pago <input type="checkbox"/> En entrenamiento, interno, voluntario sin pago <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> No empleado: estudiante de high school <input type="checkbox"/> Sin empleo					
Si está trabajando: ¿Para quién trabaja _____ ¿Cuál es su trabajo? _____				¿Cuánto gana en una semana normal? _____ ¿Cuántas horas trabaja _____ ¿Cuándo (fecha) empezó este trabajo? _____		¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Qué beneficios consigue en este trabajo? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____				Por favor diga qué condición médica o de salud, lesión, impedimento físico o mental lo limita en su capacidad de trabajo.					
En su tiempo de vida (incluyendo infancia) ¿alguna vez se ha lesionado en la cabeza, la cara o el cuello o ha experimentado impactos repetidos a su cabeza (por ej. de sacudidas, accidente de auto, caídas, peleas, disparos, explosión, contactos deportivos o servicio militar, etc.)? O ¿alguna vez ha experimentado una enfermedad que afectó su cerebro (por ej. cáncer, derrame cerebral, meningitis, tumor, ahogamiento, envenenamiento, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro				¿Qué clase de trabajo quiere hacer? (Sea específico) _____ ¿Qué clase de ayuda necesita para realizar este trabajo? _____					
¿Quién le dijo que se pusiera en contacto con VR Nebraska?				¿Quiere inscribirse para votar en este momento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El formulario para inscribirse para votar en Nebraska se puede encontrar en http://www.sos.ne.gov/elec/pdf/vr.pdf .					

Por medio de la presente testifico que mis respuestas y la información proporcionada en este formulario de servicios es cierta, completa y precisa y entiendo que este formulario puede usarse para verificar mi presencia bajo la ley en los Estados Unidos. Entiendo la siguiente sección de este formulario y entiendo que como solicitante de servicios, solamente recibiré los servicios necesarios para encontrar si VR Nebraska puede ayudarme a estar lista para, conseguir, mantener o realizar nuevamente un trabajo. Mi firma muestra mi intención de conseguir, mantener un trabajo con un empleador en el mercado laboral abierto, o trabajar para mí mismo en un trabajo que esté en la línea de mis fortalezas, habilidades, capacidades, intereses y opciones informadas. **Su solicitud no está activa hasta que VR Nebraska la reciba.**

X Solicitante (Firma)	X Fecha	X Padre, Guardián o Representante	X Fecha
		X Representante de Nebraska VR	X Fecha recibida en la oficina de VR

Entienda sus derechos como solicitante

¿Cuáles son mis derechos?

Opción informada. Usted tiene derecho a tomar parte de una decisión significativa sobre los servicios que recibe a través del proceso de VR. Si usted necesita ayuda en el ejercicio de tomar una decisión informada nosotros lo proporcionamos.

Acceso a sus archivos. Si usted o un representante señalado hace una solicitud escrita, VR le permitirá mirar y copiar información en su archivo de servicio, excepto la información que otra agencia, organización, persona, o regulación federal diga que no podemos mostrar. Si usted piensa que la información en su archivo no es precisa o es engañosa, usted puede solicitar que se cambie. Si no la cambiamos, ponemos esa información en su archivo.

Acceso al programa de ayuda al cliente. Usted puede estar en contacto con el programa de ayuda al cliente si usted necesita información y ayuda para—

- Entender los servicios de rehabilitación vocacional
- Buscar consejo sobre los servicios o beneficios que pueden estar disponibles para usted
- Buscar consejo sobre sus derechos y responsabilidades
- Manejar problemas con un programa que le está proporcionando servicios de rehabilitación vocacional.
- Solicitar mediación o una revisión de una decisión de VR

Llame al 1.800.742.7594 (número gratis)
471.3656 (Lincoln) TT disponible
Escriba a Box 94987
Lincoln, Nebraska 68509

Derecho a mediación. Si usted quiere mediación de cualquier decisión sobre su elegibilidad a VR o su grupo prioritario, usted puede contactar Regional Mediation Center que sirva a su condado. Usted puede solicitarle una lista a VR o al *programa de ayuda al cliente*.

Usted y VR tienen que estar involucrados voluntariamente en la mediación. Un mediador imparcial y calificado con entrenamiento en las técnicas de mediación efectiva elaborará la mediación.

Revise de su elegibilidad y prioridad en las decisiones del grupo

Si usted quiere una revisión de una decisión sobre su elegibilidad o grupo prioritario, usted puede llenar una solicitud para recibir una revisión imparcial. Un agente de audiencia imparcial usando Nebraska Department of Education's Rule 71 (Title 92 código administrativo de Nebraska, Chapter 71) hará esta revisión. Usted le puede solicitar a VR o al programa de ayuda al cliente una copia de esta regulación o conseguirla en: <http://vris.vr.ne.gov/>. La copia incluirá un ejemplo del formulario de petición. La página web también incluye información sobre la política y los procedimientos de VR.

Su petición deberá decir las razones reales de por qué usted quiere la revisión y concisamente decir la solución que usted quiere. Usted debe enviar su petición dentro de 30 días hábiles desde la fecha en que usted recibió la decisión escrita. Envíe su petición con una copia de la decisión escrita que usted quiere que se revise a:

Impartial Hearing Coordinator
Nebraska VR
PO Box 94987
Lincoln NE 68509

Usted puede solicitar ayuda al *Programa de ayuda al cliente*.

Desarrollo de su plan

- Tiene 90 días para llenar su Plan Individualizado de Empleo (IEP por sus siglas en inglés) desde la fecha de elegibilidad.
- Tiene derecho de recibir ayuda de un miembro calificado del personal de VR.
- Tiene derecho de hacer todo o parte del IPE usted mismo. Si usted quiere, puede dejar que uno de sus padres, un miembro de la familia, guardián, organización de defensa del incapacitado, defensor u otra persona le ayude a escribir su IPE. Usted también puede utilizar un consejero calificado de VR que no sea empleado por la unidad estatal para que escriba su IPE.

¿Tengo que dar información personal a VR? ? La ley de rehabilitación federal y las regulaciones nos requieren conseguir información sobre usted, para que nosotros podamos—

- Descubrir cómo podemos ayudarlo
- Ayudarlo a escoger su meta de trabajo y planear sus servicios
- Proporcionarle servicios
- Revisar su progreso hacia su meta de trabajo y
- Reportar al gobierno federal

Darnos su información personal es voluntario. Sin embargo, si usted no nos da la información necesitada, sus servicios se pueden atrasar, o su caso se puede cerrar.

El personal de VR que le está ayudando, puede mirar su información personal.

VR y otras agencias externas a VR que están ayudando pueden compartir e intercambiar información personal si es necesaria para decidir su elegibilidad para los servicios y beneficios de otros programas, para verificar sus necesidades y coordinar sus servicios. VR sigue las guías federales para este intercambio.

Usted puede esperar que el personal de VR:

- Lo trate a usted con dignidad y respeto
- Responda a sus necesidades a tiempo
- Lo ayude a tomar decisiones informadas
- Proteja su privacidad
- Lo ayude a entender nuestros servicios
- Sea honesto con usted
- Le proporcione y/o ayude a conseguir los servicios y apoyos que usted necesita para ser un empleado exitoso.

Es la política del Departamento de Educación de Nebraska no discriminar por sexo, incapacidad, raza, color, religión, estado civil, edad, origen nacional o información genética en sus programas educativos, administración, políticas, empleo u otros programas de la agencia.



Fuentes y Servicios

03-2015

Nombre _____

Fuente Principal de Mantenimiento

Seleccione su fuente principal de mantenimiento de **una** de las siguientes categorías.

1. Ingreso personal y cantidad Si usted ha seleccionado esta categoría, por favor complete el #5.

2. Familia o Amistades (incluya el sueldo o subsidio de desempleo de su esposo (a)).

3. Tipo y cantidad de ayuda pública (incluye las personas encarceladas). Si usted ha seleccionado esta categoría por favor complete el #6.

4. Otras Fuentes (incluya el seguro de incapacidad particular y caridades privadas)

5. Si usted ha seleccionado el #1 anteriormente, indique la fuente **principal** de ingreso personal y la cantidad que recibe.

Sueldo \$ _____

Trabajo por cuenta propia \$ _____

Intereses/dividendos \$ _____

Inquilinos \$ _____

Ingreso de Fideicomisos \$ _____

Beneficios por Jubilación (incluya los beneficios de Seguro Social por jubilación) \$ _____

6. Si usted ha seleccionado el #3, marque **todas** las categorías que correspondan y las cantidades que recibe:

SSDI: los beneficios de Seguro Social por incapacidad (no incluye los beneficios por Jubilación del Seguro Social) _____

SSI: Seguridad de Ingreso Suplementario \$ _____

TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas \$ _____

Beneficios para Veterano \$ _____

Compensación a trabajadores \$ _____

Las Personas Encarceladas

* Las preguntas siguen en el otro lado de la página.

Fuente Principal de Servicios (involucración con agencias)

Marque las casillas de **todas** las fuentes que le proveyeron servicios

- No recibo servicios o fondos de ninguna agencia anotada en seguida.
- Programa de Servicios de Rehabilitación Vocacional para Americanos Nativos
- Centro para vivir independiente-Liga para la dignidad humana
- Centro para vivir independiente-Sube la independencia- Grand Island
- Centro para vivir independiente-Servicios para vivir independiente en el "Panhandle" de Nebraska
- Servicios protectores para niños/ Servicios familiares para niños
- Programa de rehabilitación comunitaria—Asociación de Salud Mental (incluye HOPE, Lincoln)
- Programa de rehabilitación comunitaria—Comunidad Alliance
- Programa de rehabilitación comunitaria—Liberty Centre
- Programa de rehabilitación comunitaria—Cirrus House
- Programa de rehabilitación comunitaria—Industrias "Goodwill" de centro Nebraska
- Programa de rehabilitación comunitaria—Soluciones para carreras
- Programa de rehabilitación comunitaria—Centro para el autismo de Nebraska
- Organizaciones de Consumidores o Grupos de abogacía
- Instituciones de Educación—Secundaria y Primaria
- Instituciones de Educación—Estudios Superiores
- Empleadores
- Redes de Empleo (que de otra manera no han sido anotados)
- Ayuda Financiera Federal para Estudiantes, programa de trabajo para estudiantes, PELL (subsídios para estudiantes con necesidad económica) SEOG (subsídios para estudiantes con necesidad económica excepcional) etcétera.
- Agencias de Incapacidades intelectuales y del desarrollo
- Proveedor de Salud Médica
- Proveedor de salud mental
- Centro de Capacitación/Empleo "One Stop"- Centro Americano de Trabajo, "American Job Center", Lincoln
- Centro de Capacitación/Empleo "One Stop"- Centro Americano de Trabajo, "American Job Center" - Grand Island
- Centro de Capacitación/Empleo "One Stop"- Centro Americano de Trabajo, "American Job Center" -Omaha Heartland
- Departamento Público de Vivienda
- Administración del Seguro Social
- Departamento Estatal de correcciones para adultos/ Justicia juvenil
- Agencia Estatal de Servicios de Empleo (todos los otros Ministerios de Empleo, Desempleo)
- Administración para Veteranos
- Agencias del Bienestar (programas de servicios sociales)
- Compensación a trabajadores
- Otras agencias estatales de VR (Rehabilitación Vocacional)
- Otras agencias estatales
- Otras fuentes